1901
Castel.

N° 20

SUR LES

KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX

DE LA PAROI THORACIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Janvier 1901

PAR

Paul CASTEL

Né à Saint-Sernin (Aveyron), le 20 octobre 1870

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LOCO BAT.
BIBL.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS. ✻
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol		GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. PUECH.		
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	BERTIN-SANS
DE ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.*	MM. LAPEYRE, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	IMBERT (Léon), *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. CASTEL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ESTOR

A TOUS MES MAITRES

P. CASTEL.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Estor deux cas de kystes séreux congénitaux du thorax, nous avons eu l'idée, vu la rareté du fait, de rechercher un peu partout les observations se rattachant à l'étude de ces tumeurs.

Nous avons été assez heureux pour en découvrir un certain nombre, que nous avons rassemblées dans ce modeste travail.

On a beaucoup traité des kystes séreux congénitaux du cou et de la région sacro-coccygienne ; mais, nulle part, nous n'avons trouvé étudiées et réunies les observations de ces tumeurs du thorax.

Les kystes séreux congénitaux du thorax ne se différencient des kystes séreux des autres parties du corps que par certains caractères qu'ils empruntent précisément à la région qu'ils occupent. C'est ainsi qu'acquérant quelquefois un volume énorme, ils ont pu faire diagnostiquer à faux une hernie du poumon (Observations IV et V).

Mais c'est surtout au point de vue pathologique que l'implantation de ces tumeurs sur le thorax peut jeter un jour nouveau.

De la simple notion de « vésicules pleines d'eau » d'Arétée, aux belles théories du lymphangiome, exposées pour la première fois en Allemagne en 1877, nombreuses sont les idées

émises sur l'origine et la formation des kystes séreux congénitaux.

On les attribue tantôt au développement anormal d'organes à cavités closes (glandes de Luscka, ganglion intercarotidien d'Arnold), etc. ; tantôt les associant aux kystes dermoïdes, on a incriminé les inclusions fœtales ; tantôt enfin, on en a fait les diverticules des nombreuses glandes du plancher buccal.

Mais ces belles hypothèses, qui pouvaient trouver un fondement quand elles s'appliquaient aux tumeurs congénitales du cou et de la région sacro-coccygienne, tombaient à plat lorsque le kyste occupait toute autre région anatomique. C'est ainsi qu'au thorax en particulier, nous ne pouvons donner à ces tumeurs la même genèse qu'au cou et au sacrum. On ne trouve, en effet, là, ni glandes, ni fentes branchiales, ni organes à cavités closes. Aussi nous faudra-t-il, pour essayer d'expliquer la pathogénie des kystes séreux congénitaux du thorax, nous rallier aux théories exposées en Allemagne par Wegner, et plus tard, en 1885, par Middefroy, reprises en France par Lannelongue et Achard en 1886. Elles ont, en effet, jeté un jour nouveau sur la structure de ces tumeurs, qui, jusque-là, étaient restées confinées dans les données de l'anatomie macroscopique.

« Grâce à l'enquête histologique, dit Lannelongue, l'étude de ces tumeurs entre dans une phase nouvelle et la question est élargie ; les rapports de ces kystes avec d'autres productions pathologiques ont été entrevues et leur étude est devenue l'un des sujets les plus intéressants parmi les affections congénitales. »

Mais, avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Estor, qui a bien voulu nous donner l'idée de ce travail et nous fournir les

deux observations de son service. En nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, il nous donne encore une preuve de la bienveillance qu'il nous a toujours montrée dans le cours de nos études médicales.

Nous n'avons garde d'oublier tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier, et, en terminant nos études, nous sommes heureux de les remercier publiquement des excellentes leçons qu'ils nous ont données.

SUR LES

KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX

DE LA PAROI THORACIQUE

CHAPITRE PREMIER

Avant de commencer l'étude des kystes séreux congénitaux du thorax, nous devons mettre en garde contre certaines tumeurs consécutives à des affections diverses, que nombre d'auteurs ont rangées parmi les kystes d'origine congénitale.

Ces néoplasmes, bien que présentant l'aspect kystique, nous paraissent assez différents d'origine et de structure pour nous permettre de ne pas les ranger dans la classe des grands kystes séreux vraiment congénitaux.

C'est ainsi, par exemple, que, dans l'observation de M. le professeur Dubar, citée dans la thèse de François Hu (de Lille), la malade, qui présente une tumeur de la partie supérieure et latérale droite du thorax, offre en même temps des antécédents tuberculeux très nets.

Voici, du reste, cette observation :

Observation première

Thèse Ursmar Hu, 1896, Lille. (Service de M. le professeur Dubar).

Clotilde H..., 18 ans, entre dans le service de M. le professeur Dubar, à la Charité, le 25 janvier 1895, demandant à être débarrassée d'une tumeur qui, sans la faire souffrir, lui déforme de plus en plus la partie supérieure et latérale du thorax.

Antécédents tuberculeux très marqués. Le père et la mère sont morts de tuberculose pulmonaire. Un frère est, en ce moment, en traitement à l'hôpital pour la même affection.

La malade raconte que cette déformation, qui s'accuse de plus en plus et qui l'inquiète, n'est pas de date très ancienne. Ce n'est que depuis un an et demi qu'elle s'en est aperçue. Antérieurement, aussi loin qu'elle se souvienne, elle portait, dans l'aisselle correspondante, une tumeur grosse comme un œuf de poule, que ses parents lui ont toujours connue. Cette grosseur ne lui a jamais occasionné de douleurs. Au moment de l'apparition des règles, vers l'âge de 13 ans, cette grosseur augmenta et s'étendit vers le thorax ; après être restée stationnaire quelque temps, elle s'est considérablement accrue, à partir de 16 ans et demi.

A première vue, on est frappé de la déformation. Le bras droit est légèrement écarté du tronc. Le sein est fortement refoulé vers la ligne médiane, en sorte que le mamelon regarde à gauche et se trouve sur le bord droit du sternum.

Depuis le sein jusque dans l'aisselle droite, il existe une

tuméfaction très accusée, empiétant sur la partie inférieure du muscle grand pectoral, recouvrant, au-dessous de ce muscle, la partie adjacente de la paroi thoracique et s'étendant en arrière, en s'atténuant vers la région dorsale. L'ensemble de la tuméfaction extérieure à l'aisselle peut être embrassé par une main dont les doigts seraient très fortement écartés. Cette tumeur n'est pas proéminente; elle est comme étalée, et ses contours semblent se perdre dans les régions voisines.

A la surface, la peau a ses caractères normaux, sauf quelques vergetures au voisinage de l'aisselle. Au-dessus d'elle, on aperçoit quelques veines dilatées. La peau est mobile sur les parties sous-jacentes. En quelques points cependant, cette mobilité parait un peu diminuée.

La consistance générale est mollasse. Une compression même assez prolongée ne diminue pas sensiblement le volume de la tumeur. On a la sensation d'une vague rénitence, comme s'il s'agissait d'une poche liquide non tendue. Mais on ne parvient pas à sentir la fluctuation. Une palpation très attentive ne fait reconnaître aucune grosse lobulation. Il semble cependant qu'il y ait, en certains points, une petite lobulation, qui rappelle un peu la sensation des lipomes.

En suivant la tuméfaction vers la partie externe, on arrive à reconnaître qu'elle pénètre dans l'aisselle, qu'elle remplit en soulevant le grand pectoral. Elle présente là la même sensation de mollesse pâteuse. Les mouvements du bras sont intacts. L'articulation scapulo-humérale est certainement indemne. La malade n'a jamais éprouvé d'engourdissements, de fourmillements dans le bras. Les battements de l'artère radiale ont la même force à droite et à gauche.

Bien que la jeune fille ait des antécédents très nets de tuberculose, on écarte l'idée d'abcès par congestion ou d'abcès froid, car la souplesse des tissus tout autour de la tuméfaction, l'intégrité de la peau, la longue durée de l'affection, ne sont pas en faveur de ce diagnostic.

Le diagnostic reste hésitant entre un lipome diffus et un kyste congénital. On recherche la transparence sans succès. On aurait pu trancher la difficulté en faisant une ponction exploratrice. M. Dubar, préfère, comme la malade réclame absolument l'ablation de la tumeur, ne pas avoir recours à ce moyen.

Le 30 janvier, M. Dubar procède à l'extirpation. Après les soins antiseptiques d'usage, on fait une incision de 20 centimètres, allant de l'aisselle jusqu'à la glande mammaire, en suivant la direction du bord inférieur du grand pectoral. Après la section de la peau, on pénètre dans un tissu cellulaire très chargé de graisse et présentant des brides fibreuses très épaisses. La dissection fait apparaître une partie bleuâtre, molle, dépressible. Il s'agit bien d'un kyste. M. Dubar dissèque avec ménagement une grande partie de la tumeur; mais, à un moment donné, une portion amincie se crève, laissant écouler une certaine quantité d'un liquide limpide, faiblement teinté en jaune. C'est un liquide nettement séreux. La tumeur présente à la surface des brides fibreuses qui la séparent en lobes. Dans certains points, l'aponévrose du grand pectoral fait entièrement corps avec la paroi du kyste, et je suis forcé de sectionner quelques fibres de ce muscle.

Ces adhérences deviennent de plus en plus intimes vers les parties profondes. Il faut procéder à une véritable dissection au bistouri pour la séparer de la paroi

thoracique et de la partie postérieure du grand pectoral, sous lequel elle envoie des prolongements, ainsi que sous le grand dorsal. La tumeur est enfin libre jusqu'à l'aisselle, où on la suit en sectionnant l'aponévrose inférieure de cette cavité. La dissection se poursuit avec les doigts, le bistouri sectionnant de temps en temps des tractus fibreux. La tumeur remonte le long du paquet vasculo-nerveux jusque sous la clavicule, mais elle ne va pas au delà. Les adhérences sont assez lâches, de sorte qu'on arrive à enlever la totalité de la poche.

Bien qu'une notable quantité du liquide se soit écoulée, le volume de la tumeur est encore supérieur aux deux poings réunis.

On n'a pas trouvé de ganglions hypertrophiés dans l'aisselle.

La plaie est réunie et drainée. Pansement compressif.

Etat général excellent. Pas de température. Le huitième jour, on enlève les points de suture. Réunion complète par première intention. La malade sort guérie le 15 février.

Examen de la pièce. — On constate que la poche kystique était composée de plusieurs loges, dont la fluctuation et la transparence étaient masquées par une couche épaisse de graisse qui en tapissait une grande partie de la surface extérieure.

De nombreux vaisseaux de petit volume se voient sur la paroi externe du kyste.

La surface interne présente un aspect aréolaire, réticulé, rappelant la face interne des ventricules du cœur. Une série d'orifices arrondis, limités par des colonnettes saillantes, conduisent de la poche principale dans des cavités secondaires de volume variable.

Il existe un orifice admettant le petit doigt et condui-

sant dans un kyste du volume d'une petite orange. Certains kystes sont très petits. Nous voyons en quelques points des amas de kystes adjacents aux deux poches les plus volumineuses et ressemblant à du frai de grenouille.

La surface de la poche a un aspect blanc bleuâtre, lisse, un peu nacré dans certains points. L'épaisseur des parois est très inégale, tantôt épaisses de 4 millimètres, tantôt si minces qu'elles sont absolument transparentes.

Examen histologique (On n'a pas fait d'imprégnation immédiate au nitrate d'argent). — Etudiées au microscope, les coupes faites en différents points de la paroi montrent partout la même structure.

Elle est formée :

1° D'une membrane fibreuse plus ou moins épaisse, composée de fibres de tissu conjonctif séparées les unes des autres par des cellules allongées, aplaties ; en quelques points, on observe des îlots de cellules embryonnaires et quelques fibres musculaires lisses ;

2° D'un revêtement endothélial continu, constitué par des cellules pavimenteuses aplaties, c'est-à-dire par un endothélium pavimenteux simple ;

3° La membrane fibreuse est en rapport immédiat dans certains points avec des fibres musculaires striées ; presque partout, elle est entourée par du tissu cellulaire lâche, très riche en cellules graisseuses et au milieu duquel on voit de nombreux capillaires ;

4° De plus, dans ce tissu cellulaire périphérique, on observe des îlots de cellules embryonnaires et des nodules tuberculeux caractéristiques avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et cellules embryonnaires.

Que dire de ces nodules tuberculeux caractéristiques

avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et cellules embryonnaires, sinon qu'on n'avait pas affaire ici à un vrai kyste séreux congénital tel que nous voulons l'entendre dans notre travail ?

Il s'agit bien plutôt là d'un kyste tout simplement consécutif à une adénite tuberculeuse.

De même, il ne faudrait pas prendre pour des kystes séreux congénitaux les bourses séreuses développées accidentellement au point d'insertion de certains muscles.

L'observation suivante nous montre l'extension que peuvent parfois prendre ces bourses séreuses.

Observation II

(Gruber. — *Archives d'anatomie pathologique,* 1876)

D'un kyste de la région thoraco-humérale observé, en décembre 1855, sur le côté droit du corps d'un homme vigoureux

Dans la région thoraco-humérale droite correspondant à la portion claviculo-sterno-costale du muscle grand pectoral, était une tumeur assez homogène, durant depuis longtemps, perceptible.

Après l'écartement du haut du fascia superficialis, on voyait nettement, dans cette partie de la paroi antérieure du creux axillaire, une poche à forme sinueuse.

Cette poche, pas tout à fait pleine, avait séparé l'un de l'autre les bords du sillon pectoral et était, en outre, sortie en avant et en arrière du creux axillaire, sous le muscle petit pectoral. Non loin de son extrémité inférieure, était la paroi antérieure, amincie. Son bord inférieur était éloigné d'environ 2 centimètres et demi de l'insertion du muscle grand pectoral. La longueur était de 13 cent. 5 et sa largeur de 5 cent. 5.

Son contenu avait l'apparence d'un liquide synovial. Cette poche est une *bourse séreuse accidentelle,* développée près de l'insertion du muscle grand pectoral, entre la portion claviculaire et la portion sternale ; elle avait pris à la suite, petit à petit, l'apparence d'une affection chronique, jusqu'à atteindre la forme d'une poche volumineuse.

Comme on vient de le dire, cette tumeur avait acquis des dimensions considérables, et, ainsi qu'un vrai kyste séreux, elle envoyait des prolongements sous le grand et le petit pectoral, pouvant faire diagnostiquer à tort un kyste séreux congénital.

Si nous avons mentionné l'origine de ces diverses tumeurs, c'est pour bien mettre en évidence que l'objet de notre travail n'embrasse exclusivement que l'étude des grands kystes séreux congénitaux.

Nous mettons donc de côté toute tumeur kystique dont l'origine pourrait donner lieu à d'autres interprétations.

Dans notre *second chapitre,* nous faisons une étude succincte des kystes séreux congénitaux en général, sans insister sur grand nombre de leurs caractères, que l'on trouve décrits dans les grands ouvrages de pathologie. Après quoi, dans notre troisième chapitre, reprenant point par point la symptomatologie, le diagnostic et le traitement, nous tâcherons de mettre en relief les particularités que peuvent présenter ces tumeurs lorsqu'elles occupent la paroi thoracique.

CHAPITRE II

ÉTUDE GENÉRALE DES KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX

Définition. — On a décrit, sous le nom de « kystes séreux congénitaux », une variété toute spéciale de tumeurs congénitales comprenant des kystes et des tumeurs kystiques, dont les poches présentent les caractères extérieurs des kystes appelés communément séreux. Ces tumeurs divisées en loges, contiennent le plus souvent une sérosité plus ou moins modifiée et les parois kystiques offrent ce qu'on appelle, en anatomie descriptive, l'aspect séreux. Aussi ne doit-on pas donner une signification pathogénique à la dénomination de kyste séreux, car ces néoplasmes n'empruntent aucune relation avec les cavités auxquelles s'applique, en anatomie générale, le nom de «séreuse». Ces tumeurs se présentent sous forme de masses irrégulières, non encapsulées, adhérentes le plus souvent aux organes au milieu desquels elles sont plongées et entre lesquels elles envoient des prolongements. Leur forme est bombée, en rapport avec l'agglomération des poches où la multilocularité des kystes ; leur volume, parfois égal à celui d'un œuf de poule ou d'une orange, peut atteindre et dépasser celui d'une tête d'enfant.

Le nombre des poches, souvent considérable, peut atteindre parfois plus de 100.

Les kystes séreux congénitaux s'observent principale-

ment au cou et au périnée, mais on peut les rencontrer un peu partout, à la fesse, à l'épaule, au bras, au thorax, etc.

« Cette diffusion, sur laquelle insiste avec raison Lannelongne, nous démontre le peu de valeur des théories qui avaient attribué la formation des kystes séreux congénitaux à la dégénérescence d'organes à vésicules closes, tels que la glande de Luscka et le ganglion inter-carotidien d'Arnold. »

Pathogénie. — Ceci nous amène à traiter de la pathogénie de ces tumeurs kystiques, question qui a donné lieu à de nombreuses théories que nous allons maintenant passer en revue.

Sans adopter de système particulier, nous exposerons les opinions les plus vraisemblables ; en un mot, nous serons éclectique et nous suivrons en cela l'exemple de Virchow, qui dit précisément, en parlant des diverses opinions émises par les auteurs sur le sujet qui nous occupe : « La quantité des combinaisons qui peuvent se présenter est si grande, que toute possibilité peut se réaliser à l'occasion. »

Cela dit, laissant de côté les quelques théories applicables seulement aux kystes de certaines régions, et, par conséquent, insuffisantes, nous exposerons, en les discutant, les opinions qui s'adressent à la généralité des cas.

Mentionnons simplement l'idée émise par Wernher, considérant ces tumeurs comme une néo-formation de produits pseudo-plastiques, ainsi que celle en faisant des cavités séreuses accidentelles, comme semble l'indiquer la dénomination ancienne d'« hygromas kystiques congénitaux.»

Ces théories n'admettant plus la discussion, nous ne nous y arrêterons pas. L'intérêt de la question se concentre, en somme, sur l'origine vasculaire et lymphatique de ces kystes.

Théorie vasculaire. — Le développement des kystes séreux congénitaux aux dépens de l'appareil circulatoire est admis depuis un certain temps déjà par différents auteurs. Ce furent d'abord les vaisseaux sanguins exclusivement que l'on mit en cause dans cette pathogénie. C'est ce que l'on appelle la « dégénérescence kystique des angiomes ». Les angiomes simples ou caverneux sont soumis à différentes altérations. Il peuvent ainsi subir tantôt la transformation fibreuse, tantôt la transformation adipeuse, tantôt, enfin, la transformation kystique. D'après Duplay et Reclus (nouvelle édition), la transformation kystique est assez fréquente ; elle est due vraisemblablement, comme le pensait Holmes Cootte, à l'isolement d'un segment vasculaire et à sa dilatation consécutive). D'après ces auteurs, les espaces vasculaires s'étendraient davantage, finiraient par s'étrangler et s'isoler, tandis que le sang qu'ils contiennent se décomposerait et se liquéfierait. Dans les poches ainsi formées, le contenu, primitivement sanguin, subit ultérieurement des modifications variées jusqu'à devenir complètement séreux.

Virchow prétend même avoir obtenu expérimentalement un kyste séreux. « J'ai, dit-il, produit moi-même artificiellement un kyste, dans une expérience sur un chien ; c'était d'abord un kyste sanguin situé sur la veine jugulaire ; plus tard, après qu'il eût été ponctionné et qu'on y eût injecté de l'iode, il renfermait un liquide séreux ».

Le même auteur s'empresse d'ajouter : « Cette transfor-

mation est relativement rare et il faudra dans chaque cas une démonstration très précise avant de l'admettre ».

Les principaux arguments dont se réclament les partisans de cette théorie sont, d'abord : la présence parfois constatée de kystes au milieu de tumeurs érectiles, ensuite la constatation d'un endothélium à la surface de ces néoplasmes. Le contenu liquide des loges multiples que l'on y rencontre tantôt sanguinolent, tantôt séreux, plaide aussi en faveur de cette pathogénie.

La belle observation de Warmont et Verneuil, que nous donnons ci-dessous, vient encore à l'appui des opinions que nous venons de donner.

Observation III

Warmont et Verneuil. — Sur les kystes développés dans les tumeurs érectiles veineuses enflammées. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1855.)

D... Georges, âgé de 3 ans, demeurant rue de Paris, 74, à Saint-Denis, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. P. Guersant, le 4 août 1853 (salle Saint-Côme, nº 21). Cet enfant bien constitué, mais assez pâle et paraissant débilité, n'a jamais été gravement malade. Il nous est amené par sa mère pour une tumeur siégeant sur la paroi thoracique du côté gauche et sur laquelle nous allons entrer dans quelques détails.

La tumeur, dont il s'agit placée au niveau du bord antérieur de l'aisselle, au devant du bord antérieur du muscle grand pectoral, offre à peu près 5 ou 6 centimètres dans son plus grand diamètre, 3 ou 4 dans le plus petit. Elle a le volume d'une pomme reinette ; elle est mobile, mais adhérente, dans le point culminant, à la peau amin-

cie et qui a pris une teinte violacée. Partout ailleurs, le tégument a conservé sa coloration, son aspect normal ; la tumeur n'est le siège ni de battements ni de chaleur insolite ; elle n'est pas uniformément arrondie, mais présente, au contraire, dans divers points des bosselures remarquables. Sa consistance est assez grande, mais inégale ; dans certains points, et ce sont les points bosselés, elle est manifestement fluctuante, particulièrement à l'extrémité de son grand diamètre. dans une étendue égale à celle d'une pièce de deux francs.

J'ai pu recueillir les renseignements suivants sur la marche de cette tumeur.

La mère, ou plutôt la sage-femme, s'est aperçue de l'existence de cette tumeur immédiatement après la naissance de l'enfant, elle était alors de la grosseur d'une petite noix et présentait la coloration normale de la peau ; elle était sillonnée par quelques veines.

A l'âge d'un mois, la tumeur n'avait augmenté que d'une façon peu appréciable ; elle a été montrée alors à un médecin de Saint-Denis, dont le diagnostic nous est inconnu, et qui a prescrit d'appliquer sur la tumeur un emplâtre d'onguent de la mère. Cet emplâtre a été laissé en place pendant cinq ou six semaines sans que la tumeur ait subi une modification favorable ; elle augmentait, au contraire, lentement ; mais elle était restée jusqu'alors indolente, lorsque, cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant a été pris de malaise et de fièvre ; il se plaignait sans cesse et avait perdu l'appétit. En même temps, la tumeur devenait rouge à partir du point le plus rapproché de l'aisselle, augmentait rapidement, si bien qu'en quelques jours, elle avait acquis un volume double de celui qu'elle avait auparavant.

Il n'y a jamais eu d'affection analogue dans la famille de l'enfant ; il a un frère âgé de six ans, qui est en parfaite santé. M. Guersant croit avoir affaire à une tumeur fibro-kystique et se détermine à en pratiquer l'ablation.

Le 10 août, le malade ayant été préalablement soumis aux inhalations de chloroforme, M. P. Guersant comprend, entre deux incisions semi-elliptiques, la partie de peau altérée et adhérente. Il dissèque ensuite la tumeur, qui se laisse facilement attirer par les érignes. Pendant la dissection, le bistouri rencontre, au sommet de la tumeur, une bosselure fluctuante, qui est ouverte et laisse échapper un liquide limpide, onctueux au toucher, qu'on n'a pu recueillir, et qui, se mêlant immédiatement au sang qui s'écoule, n'a pu être examiné.

Pour plus de sûreté, M. Guersant enlève aussi quelques ganglions voisins. Aucune artère ne donne. Cependant, par précaution, on place trois ligatures sur des points d'où le sang suinte lentement. Les lèvres de la plaie sont ensuite réunies à l'aide de quatre épingles retenues par des bandelettes de caoutchouc vulcanisé, suivant le procédé de M. Rigal (de Gaillac).

16 août.— Il n'y a pas eu réunion immédiate. Les bords de la plaie sont blafards. M. Guersant retire les quatre aiguilles et applique une grande bandelette de sparadrap. Pansement à plat. La cicatrisation s'est opérée lentement, grâce à l'indocilité et à la débilité du petit malade, qui sort parfaitement guéri le 17 septembre.

Examen de la pièce par M. Verneuil. — La tumeur, du volume d'une petite pomme, est recouverte, dans une partie de son étendue, par la peau. Celle-ci est épaisse, de couleur violacée, adhérente au tissu morbide sous-

jacent, avec la trame fibreuse de laquelle les auréoles profondes du derme semblent se confondre.

Cette tumeur n'est point entourée d'un kyste celluleux; elle n'a donc point été énucléée, mais bien séparée, par le bistouri, des tissus voisins. Elle se présente sous la forme d'une masse fibro-graisseuse assez consistante, criant légèrement sous le scalpel, dans les points surtout où elle présente le plus de densité. Les coupes qu'on y pratique en divers sens, et déjà même l'inspection extérieure, y dénotent l'existence d'une foule de poches kystiques d'un volume très différent, et qui varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'une aveline. Ces kystes sont très irrégulièrement semés au niveau d'une gangue graisseuse traversée en tous sens par des trabécules fibreuses très résistantes et filiformes.

Le contenu des kystes et les caractères de leur face interne sont variables : ici, on trouve un liquide citrin, transparent, très fluide, semblable au sérum du sang et qui ne renferme aucun élément anatomique, si l'on en excepte quelques granulations graisseuses très petites et un petit nombre de globules du sang, déformés et anguleux; là, au contraire, les poches, et ce sont les plus vastes, renferment des caillots plus ou moins décolorés, les uns pâles, friables et fibrineux, les autres rougeâtres, ramollis ou pulpeux. Le microscope ne constate que des globules rouges, généralement stelliformes et déformés, des globules blancs plus ou moins abondants et tout à fait semblables à ceux que l'on trouve dans les concrétions des cavités du cœur, enfin ceux de la fibrine à divers état de condensation.

La paroi des kystes les plus petits et remplis de sérosité est lisse, mince, hyaline, sans revêtement épithélial

quelconque. Dans les grandes poches, au contraire, on voit des colonnes saillantes, arrondies, ramifiées, adhérentes, qui donnent à l'une, entre autres, de ces cavités une ressemblance surprenante avec la face interne d'une des oreillettes du cœur.

Les grandes cavités sont, de plus, séparées les unes des autres, ou même simplement cloisonnées par des membranes minces, lisses, translucides, très résistantes, qui rappellent fidèlement l'aspect des valvules du cœur ou des valvules des veines épaissies par l'inflammation.

Pas plus que les petits, les grands kystes sanguins ne renferment de revêtement épithélial interne.

La gangue, solide, examinée très attentivement, montre les éléments suivants :

1° Du tissu adipeux analogue à celui des éléments intercellulaires, c'est-à-dire formé de vésicules adipeuses formées en amas plus ou moins étendus ;

2° Du tissu fibreux, qui compose la charpente principale de la tumeur ; on le retrouve en faisceaux dans les trabécules interkystiques, en membranes dans les parois des kystes et dans les cloisons valvuliformes. Les fibres du tissu cellulaire sont peu isolables dans certains points et comme infiltrées et soudées par des dépôts plastiques ;

3° Dans les faisceaux saillants qui font relief à la face interne des grands kystes sanguins, et aussi çà et là dans les colonnes fibreuses qui sillonnent la tumeur, on reconnaît d'une manière très manifeste des amas fasciculés de fibres musculaires de la vie organique analogues à celles qu'on trouve dans les conduits excréteurs, dans les veines et dans les artères. J'ai mis beaucoup de soin à constater, avec les réactifs et les préparations convenables, l'exis-

tence de cet élément, qui est abondant et mélangé au tissu fibreux.

On ne trouve qu'un assez petit nombre de vaisseaux sanguins dans cette masse morbide. J'y ai reconnu quelques filets nerveux bien caractérisés.

J'ajoute, comme dernier détail, qu'après avoir multiplié les examens, je n'ai trouvé dans cette masse, ni pus, ni cancer, ni tubercule, ni épiderme, ni éléments glandulaires.

Après avoir consulté les membres de la Société anatomique sur la signification de cette singulière altération, je me suis arrêté à l'interprétation suivante : ancienne tumeur érectile veineuse sous-cutanée, ayant été à une certaine époque le siège d'un travail inflammatoire qui a eu pour résultat d'oblitérer la plupart des vaisseaux constituants, mais de les oblitérer partiellement de manière à les segmenter, d'où la formation d'une grande quantité de kystes ou de poches isolées renfermant, les unes des caillots à divers degrés d'altération, les autres de la sérosité pure, suivant que le sang a été plus ou moins résorbé. Les parois des kystes ne sont autres que celles des anciennes dilatations veineuses, qui, en certains points, offrent une hypertrophie considérable des valvules et de la couche contractile.

Je suis arrivé à cette détermination par plusieurs voies :

1° D'abord par exclusion, la production en question ne pouvant être rapportée ni à la dilatation kystique d'aucun élément glandulaire, ni à un hygroma multiloculaire développé dans les aréoles du tissu cellulaire, ni enfin à un produit hétéromorphe quelconque;

2° Par les caractères anatomiques du contenu des kys

tes et des parois de ceux-ci et par l'existence de fibres musculaires analogues à celles des veines ;

3° Par le siège et les antécédents, qui se rapportent assez bien aux tumeurs vasculaires formées au-dessous de la peau par des veinules variqueuses ;

4° Par la ressemblance de cette pièce avec celles qui ont été décrites par MM. Holmes Cootte et Bickerstett comme provenant de tumeurs vasculaires anciennes et modifiées spontanément par l'inflammation.

Bien que cette observation, si complète et si caractéristique, de MM. Warmont et Verneuil paraisse porter une preuve favorable en faveur de la pathogénie vasculaire des kystes séreux congénitaux, nous sommes obligé de reconnaître, avec certains auteurs, qu'on ne peut accepter comme fait général que les kystes séreux soient précédés par l'angiome. G. Busch, en effet, en 1856, avait déjà émis l'opinion que, dans les tumeurs de cette nature, les kystes se développaient d'une manière indépendante et n'entraient que plus tard en connexion avec les vaisseaux sanguins, grâce à une sorte d'usure des parois vasculaires. Sans nous arrêter à cette nouvelle idée, nous devons reconnaître, avec les adversaires de la théorie de l'origine vasculaire des kystes séreux, que l'altération kystique des angiomes constitue un fait relativement très rare, et que, par bon nombre de caractères, les kystes s'éloignent des angiomes. Tandis que, en effet, les premiers sont, en général, profondément placés, n'envahissant les couches sous-cutanées que secondairement, les seconds, au contraire, sont toujours superficiels et siègent au niveau de l'épiderme.

La question en était là, lorsque, à la suite de travaux

publiés, surtout en Allemagne, sur les lymphangiomes, l'opinion qui plaçait dans l'appareil lymphatique l'origine de ces kystes séreux fut adoptée par de nombreux auteurs.

Théorie lymphatique. — De même que les angiomes sont des malformations du système vasculaire sanguin, les lymphangiomes paraissent être des malformations du système lymphatique. Wegner divise les lymphangiomes en trois groupes, les lymphangiomes : 1° simples ; 2° caverneux ; 3° kystiques.

Nous retrouvons là la même division des angiomes sanguins ; c'est qu'en effet, comme nous venons de le dire en définissant le lymphangiome, ces deux tumeurs, quoique prenant naissance sur des appareils différents d'origine, présentent bon nombre de caractères qui leur sont communs.

Dans les lymphangiomes, il n'y a pas seulement dilatation simple des vaisseaux lymphatiques proprement dits, mais bien hyperplasie, avec ectasie des anciens vaisseaux et néoplasie réelle des vaisseaux lymphatiques. On peut, dès lors, comprendre qu'on en arrive ainsi à une combinaison de lymphangiomes et d'angiomes sanguins. Aussi, pour appuyer cette nouvelle théorie, ne nous attarderons-nous pas à chercher si l'endothélium des cavités kystiques présente ou ne présente pas les dentelures caractéristiques de l'endothélium lymphatique, ni à étudier les caractères du contenu, qui peut varier du liquide séreux jusqu'au sang presque pur : ces constatations sont insuffisantes pour affirmer la nature lymphatique ou sanguine des cavités kystiques et ne peut trancher la question d'origine de ces tumeurs. L'observation directe de la formation des cavités kystiques dans les tumeurs en voie d'accroissement pour-

rait donner la solution du problème ; mais il n'existe pas, à cet égard, de faits concluants. Nous nous attarderons simplement sur l'argument le plus important, qui est fourni par les relations qui semblent exister entre les tumeurs kystiques congénitales et d'autres productions anormales développées aux dépens du système lymphatique.

« Certaines hypertrophies congénitales, en effet, dit Lannelongue, sont dues à des dilatations lymphatiques et ont été rangées parmi les lymphangiomes. Celle de la langue, ou macroglossie, est, parmi ces affections, la mieux étudiée; et, depuis les travaux de Virchow, Billroth, etc., un certain nombre de faits ont démontré l'existence de dilatations lymphatiques dans cet état pathologique ».

Cette modification anatomique offre de grandes analogies avec certaines formes de kystes séreux. Ces deux affections peuvent, du reste, exister, coexister en même même temps sur le même sujet. Il en est de même de la macrochéilie ou hypertrophie des lèvres et de certaines hypertrophies congénitales des joues et des membres (macromélies) avec état éléphantiasique. Le fait observé aux deux membres inférieurs, qui fait le sujet de notre observation personnelle, se prête très bien à cette interprétation.

Observation IV

(Clinique chirurgicale des enfants. — Professeur Estor)

Tumeur congénitale de l'ombilic. — Hypertrophie congénitale des deux membres inférieurs, surtout accentuée à gauche. — Kyste séreux de la paroi thoracique gauche.

Victor Portal, de Lamalou, domicilié à Gabian (Hérault), âgé de 2 mois.

Antécédents héréditaires. — Le père se porte très bien

et appartient à une famille dont la santé est irréprochable. La grand'mère maternelle était atteinte de luxation congénitale de la hanche, et la mère de l'enfant est venue au monde avec un pied bot, aujourd'hui guéri. L'accouchement a été très facile, sans intervention.

Etat actuel le 14 *janvier* 1897. — Les deux membres inférieurs sont très déformés et hypertrophiés dans toutes leurs dimensions. L'hypertrophie est surtout accentuée sur le membre inférieur gauche. Les deux pieds ne peuvent être classés dans aucune forme connue de pied bot ; le droit a une longueur de 14 centimètres et une longueur de 8 centimètres ; il est hypertrophié dans toutes ses dimensions ; les faces dorsale et plantaire sont convexes toutes les deux. Il présente six doigts parfaitement conformés. Le pied gauche est encore plus difforme ; même convexité des faces dorsale et plantaire ; cinq doigts mal conformés et en marteau envahissent le bord externe du pied, de sorte que le petit doigt est implanté à la partie moyenne de ce bord externe. Pas de testicules.

Dans la région postéro-latérale gauche du thorax, nous trouvons une tumeur du volume du poing, sonore et paraissant réductible, bridée à sa partie moyenne par le bord externe du grand dorsal ; au niveau de son pédicule, la paroi thoracique semble faire défaut immédiatement au-dessous de l'omoplate, sur un espace ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs.

A l'ombilic, tumeur de la grosseur d'une fraise et de même couleur, paraissant se prolonger dans l'abdomen par un pédicule ; cette tumeur est entourée par la peau, comme le pénis par le prépuce.

15 juin 1897. — Le malade a été vu par M. le professeur

Dubreuil, qui a diagnostiqué un kyste séreux de la région postéro-latérale gauche du thorax.

Pour confirmer ce diagnostic, nous faisons une ponction exploratrice avec la seringue de Roux et nous retirons un liquide de couleur brune. On fait alors une large incision au bistouri pour se rendre un compte plus exact des rapports de la tumeur et il s'écoule une abondante quantité de liquide ; ce liquide est sous pression et jaillit à grande distance. A l'intérieur du premier kyste, nous en trouvons un second plus petit, qui donne, par l'incision, un liquide clair ; ce dernier kyste paraît rattaché par un pédicule à l'angle inférieur de l'omoplate. Les deux kystes ayant été largement ouverts, on peut s'assurer qu'il n'existe aucune communication entre eux et la cavité thoracique ; le diagnostic de M. Dubreuil était donc absolument exact. On avait pensé tout d'abord à une hernie de poumon. Nous avions cru obtenir une réduction partielle, de la sonorité, qui était donnée par les parties voisines, et nous avions cru percevoir au niveau de l'angle de l'omoplate soulevé par le kyste un orifice de communication.

L'enfant étant trop jeune et trop faible pour supporter une extirpation complète a été renvoyé chez lui. Le kyste a été bourré à la gaze au salol.

Actuellement, 19 janvier 1901, le kyste, qui s'est reformé, présente le même volume qu'à l'époque où l'enfant nous a été porté à la clinique, le 14 juin 1897.

« Toutefois, dit Lannelongue, ces généralisations, séduisantes assurément, ne doivent pas nous égarer au-delà des faits observés. »

L'hypertrophie congénitale, dont nous venons de par-

ler, ainsi que plusieurs citées par les auteurs, ont été bien constatées et ne peuvent être mises en doute ; elles ont donc une valeur incontestable. Mais, d'autre part, il existe une série de faits dans lesquels elles font défaut. Il ne faut donc pas se laisser entraîner trop loin dans cette voie, et ne pas exagérer le rôle et l'importance des modifications du système lymphatique dans ces productions anormales. Les rapports des kystes séreux congénitaux avec les lymphangiomes sont fondés sur des analogies et non sur des preuves ; c'est pour cette raison que nous ne devons pas conclure à l'affirmative, mais dire simplement, avec Lannelongue : l'origine lymphatique des kystes séreux congénitaux est fort probable, mais non encore démontrée.

Anatomie pathologique. — Les caractères extérieurs des kystes séreux congénitaux sont différents, suivant qu'ils sont examinés après l'extirpation sur le vivant ou sur le cadavre, et suivant leur étude d'après la simple observation clinique. Leur volume, notamment, est toujours bien moindre qu'il ne le paraît en réalité sur le vivant, car la tumeur s'est vidée alors d'une grande partie de son contenu, et ses parois se sont affaissées et sont revenues sur elles-mêmes.

La forme des kystes séreux est très irrégulière. Ces tumeurs envoient des prolongements d'étendue plus ou moins variable, que l'on ne peut soupçonner à la simple inspection, et que l'opération ou l'autopsie peuvent seules révéler. Ces prolongements s'insinuent dans les interstices musculaires et se déploient le long des gaines vasculaires et vont adhérer dans la profondeur à divers organes importants.

Les kystes séreux sont simplement recouverts, dans la plupart des cas, par une trame conjonctive plus ou moins lâche qui ne leur forme pas une enveloppe continue. Ils adhèrent aux organes voisins, aux muscles, en particulier, qu'ils envahissent et pénètrent sans que la dissection puisse les isoler.

Ces tumeurs, quoique paraissant constituées par une masse unique, sont, en réalité, divisées et subdivisées en lobes et lobules. Ces divisions sont dues soit à la présence de brides aponévrotiques, soit à celles des muscles ou de leurs tendons qui, s'entre-croisant dans tous les sens, contribuent à la formation de ces loges.

Extérieurement, la tumeur paraît mamelonnée et bosselée, et laisse voir, par transparence, le liquide qu'elle contient.

Après ouverture des poches kystiques, et lorsqu'elles sont débarrassées de leur contenu, on peut voir leur surface interne formée d'une membrane séreuse lisse et humide; elle ne présente un aspect rosé, dépoli et irrégulier que lorsque le kyste est enflammé.

La paroi interne des cavités offre souvent un aspect réticulé aérolaire, qui l'a fait comparer aux cavités du cœur.

En effet, on y voit des bandelettes plus ou moins larges, plus ou moins saillantes, des trabécules diversement entrecroisées. Ici, ce sont de petites colonnes, comme des pilastres encastrées dans la paroi; ailleurs, des saillies étoilées, des cloisons incomplètes; quelquefois des brides jetées entre les deux faces opposées. Ces différents reliefs laissent entre eux des intervalles circonscrivant des orifices arrondis ou irréguliers, qui conduisent dans des poches secondaires souvent allongées en boyaux.

Les cloisons qui séparent les loges contiguës sont minces et laissent voir, par transparence, les petits vaisseaux ordinairement abondants qui les sillonnent. A la surface interne des cavités, on peut remarquer des petites taches laiteuses, qui répondent à des îlots adipeux. Ces petits lobules graisseux donnent à la paroi un aspect grenu et chagriné.

Si nous faisons une coupe à travers la tumeur, nous aurons sous les yeux la section des loges irrégulières, souvent très nombreuses, qui ressemblent à la disposition alvéolaire d'un rayon de miel.

Comme dans les kystes dermoïdes et mucuoïdes, on observe parfois différents tissus épars dans ces tumeurs. On peut y trouver aussi des portions d'organes au milieu desquels s'est développé le produit anormal.

Les kystes peuvent envahir la peau et soulever l'épiderme.

Le contenu des kystes est généralement un liquide aqueux, opalin, comparable au liquide de l'ascite ou de l'hydrocèle. Sa composition est aussi à peu près identique ; on y trouve des globules rouges déformés et des débris de cellules.

Les cavités kystiques sont toutes tapissées par un revêtement endothélial dont les cellules ont des contours irréguliers, généralement dépourvus de dentelures, ne présentant pas la configuration découpée en jeu de patience. Elles forment un revêtement continu et existent sur toute l'étendue de la surface interne des loges.

Un tissu conjonctif plus ou moins jeune forme la paroi des loges kystiques. Le même tissu constitue le stroma de la tumeur, offrant des caractères différents, suivant qu'on le considère en des points différents de la même tumeur.

Mentionnons aussi la présence fréquente de fibres musculaires lisses dans les parois des loges kystiques.

Tels sont les principaux caractères histologiques de ces productions. « Ils sont, on le voit, assez variables et nous retrouvons dans ces kystes la même diversité que nous rencontrons d'une manière si habituelle et si remarquable dans un grand nombre de tumeurs congénitales ».

Symptomatologie. — Le début des kystes séreux est souvent obscur. L'on s'aperçoit, un jour, d'une petite tumeur qui reste longtemps stationnaire, et, le plus souvent, le kyste ne manifeste nettement sa présence que d'une façon accidentelle. La tumeur, parfois, augmente de volume sans cause appréciable et acquiert rapidement des dimensions assez considérables.

Le kyste séreux est indolore ; de là, sa marche insidieuse. Le malade éprouve une simple gêne résultant du degré plus ou moins grand de la compression que la tumeur exerce dans la région qu'elle occupe.

Le volume des kystes varie du volume d'une noix à celui d'une tête fœtale. La tumeur, envoyant généralement des prolongements dans les régions voisines, est toujours plus volumineuse qu'elle ne le paraît en réalité. Il est facile de concevoir les troubles occasionnés par la compression lorsque le kyste prend un grand développement.

La consistance de la peau et sa couleur demeurent le plus souvent normales. On peut cependant noter quelques vergetures, lorsqu'il atteint un gros volume. Le réseau veineux sous-cutané, est très développé au niveau du kyste. La peau reste mobile sur les parties profondes, contracte très rarement des adhérences et, dans ce cas, ce n'est que dans des points très limités.

La mobilité des kystes varie avec leur volume ; petits, ils sont globuleux, peu adhérents, et on les fait aisément mouvoir sur les parties profondes ; mais lorsqu'ils augmentent de volume et envoient des prolongements dans les régions voisines, ces prolongements les fixent et les immobilisent.

On ne constate jamais de battements, jamais non plus de chaleur anormale.

La fluctuation des kystes est un caractère inconstant ; on ne peut donc accorder une grande valeur à ce signe. Elle est, d'ailleurs, très variable et, le plus souvent, mal définie.

Diagnostic. — Les signes physiques révélés par l'examen sont d'habitude suffisants pour asseoir l'opinion de kyste simple ou composé, limité ou diffus. L'inspection et la palpation nous révèlent, en effet, une tumeur arrondie et uniformément proéminente constituée par l'agglomération de lobes et de bosselures que circonscrivent des sillons plus ou moins accusés. Le pourtour du kyste n'a pas de contours bien définis et la tumeur se continue avec la région voisine sans ligne de démarcation bien nette.

Mais lorsque les symptômes ne suffisent pas à établir franchement le diagnostic, l'on a recours à la ponction exploratrice. Par la nature du contenu et la quantité de liquide évacué, l'on connaît la nature de la tumeur et, approximativement, son volume.

En certaines régions, on rencontre des tumeurs qui ont, avec les kystes séreux, suffisamment de ressemblance pour qu'on ait pu les confondre avec eux. Les grenouillettes rentrent dans cette catégorie. Mais la forme des gre-

nouillettes, leur direction, rendent toute confusion impossible. Le kyte séreux n'est guère limité au plancher buccal, et, lorsqu'il fait saillie sous la langue, il apparaît au devant du cou avec ses caractères cliniques habituels.

Les méningocèles se différencient des kystes séreux en ce qu'elles ne reposent pas sur les parties sous-jacentes par des bases aussi larges que les kystes ; elles se gonflent pendant l'inspiration ; la compression qu'elles déterminent occasionne des troubles nerveux. La nature du liquide nerveux est, en outre, différente dans les kystes. Les angiomes profonds, particulièrement la variété caverneuse à grande loges vasculaires, offrent de nombreux points de ressemblance avec les kystes séreux.

Dans les cas où le diagnostic est exceptionnellement malaisé, la ponction est d'un grand secours. La nature du liquide évacué suffit le plus souvent à nous éclairer. En admettant que, le liquide évacué, nous soyons encore dans l'incertitude, nous nous en rapporterons à l'écoulement ; il est continu dans l'angiome, tandis qu'il cesse ou prend de nouveaux caractères dans le kyste.

Les lipomes diffus congénitaux diffèrent des kystes en ce que leur consistance est, en général, plus grande, et les lobules, dans leur ensemble, offrent une masse plus homogène. En outre, la surface des lipomes montre toujours des adhérences cutanées, d'aspect gaufré, qui lui sont propres.

Pronostic. — Les kystes séreux sont bénins dans la majorité des cas, même quand la tumeur atteint un gros volume. Ce n'est que dans le cas de tumeurs à extension rapide et à prolongements multiples que le pronostic s'assombrit.

Traitement. — La multiplicité des moyens employés dans le traitement des kystes séreux congénitaux semble démontrer leur inefficacité. Nous citerons simplement pour mémoire les vieilles méthodes : fil en séton, charpie, etc. On recherchait alors la suppuration louable.

La ponction simple, répétée à plusieurs reprises en des endroits différents, s'il y a lieu, a été suivie un certain nombre de fois de la disparition complète de la tumeur. Mais ce n'est là qu'une méthode palliative destinée à remédier à des accidents menaçants, notamment à l'asphyxie. Elle permet de gagner du temps et d'attendre que l'enfant soit en état de supporter une intervention plus énergique.

Les injections de teinture d'iode conviendraient plutôt aux kystes uniloculaires, et encore ont-elles été suivies souvent de suppuration grave. Pour les tumeurs polykystiques, il est clair que l'injection modificatrice ne peut être efficace qu'à la condition d'atteindre la plupart des loges. Dans ce but, on a proposé d'avoir recours à des artifices opératoires, dont l'emploi n'a pas toujours donné de bons résultats.

L'extirpation est, sans contredit, le moyen le plus efficace, mais il n'est pas non plus sans dangers. Cependant, cette méthode, malgré les difficultés qu'elle présente, nous paraît être la méthode de choix.

CHAPITRE III

KYSTES SÉREUX CONGÉNITAUX DU THORAX EN PARTICULIER

Comme nous l'avons dit au début de notre travail, nous avons surtout pour but d'étudier les kystes séreux de la paroi thoracique. Aussi, après avoir exposé dans le chapitre précédent les caractères communs aux kystes séreux en général, nous tâcherons maintenant de mettre en relief les particularités que ces tumeurs peuvent présenter lorsqu'elles siègent sur le thorax. Pour cela, nous nous appuierons surtout sur les observations qui ont été publiées plutôt que sur les descriptions cliniques des kystes séreux.

Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on entreprend l'étude de ces tumeurs c'est le peu d'observations relatées à leur sujet. Les kystes séreux congénitaux de la paroi thoracique sont en effet extrêmement rares. Le siège de prédilection des kystes séreux se trouve le plus souvent au cou, parfois à la région sacro-coccygienne et, dans quelques cas assez rares, soit aux membres supérieurs, soit aux membres inférieurs. Lorsque les kystes séreux occupent la paroi thoracique, quoiqu'ils ne se différencient par aucune particularité d'origine ou de structure des kystes occupant toute autre partie du corps, ils présentent toutefois certains caractères qu'il est bon de signaler.

C'est ainsi, par exemple, que lorsqu'ils siègent au thorax

ils peuvent acquérir un énorme volume (ainsi E. Müller a observé une de ces tumeurs, longue de 31 centimètres, qui s'étendait du creux axillaire jusqu'au bassin, et occupait toute la moitié droite du tronc chez un enfant d'un an). Dans l'observation de Lannelongue, elle recouvrait entièrement les côtes et les dissimulait à ce point qu'on l'avait prise pour une hernie congénitale de tout le le poumon droit. Mais c'est surtout au point de vue symptomatique que les kystes séreux de la paroi thoracique offrent de l'intérêt.

Symptomatologie. — En plus des symptômes ordinaires des kystes séreux en général, que nous avons exposés dans le précédent chapitre, ces tumeurs empruntent à la région qu'elles occupent des caractères, qui, mal interprétés, peuvent conduire à une erreur de diagnostic.

Si nous percutons en effet un kyste séreux du thorax, il peut arriver qu'au lieu de trouver la matité que devrait donner une tumeur liquide, nous obtenions au contraire une sonorité caractéristique. Mais ce n'est là qu'une sonorité apparente due précisément au voisinage de la cage thoracique et des principaux viscères qu'elle contient, notamment le poumon. Ce n'est pas la tumeur elle-même qui résonne, ce sont les parties voisines

Nous avons vu aussi qu'un des principaux symptômes des kystes séreux était une certaine fluctuation, parfois peu appréciable, et surtout une réductibilité due précisément aux loges multiples constituant la tumeur. Sous la pression exercée par la main exploratrice, le contenu du kyste paraît fuir et gagner vers la profondeur. Cette réductibilité apparente peut induire en erreur, surtout lorsque le kyste occupe la paroi thoracique. D'autant plus qu'en cet

endroit, son volume pouvant acquérir des dimensions considérables, la réductibilité paraît encore plus manifeste et la tumeur semble communiquer avec la cage thoracique.

Pour éviter de commettre une pareille erreur, il est bon de se faire assister dans l'exploration que l'on pratique. Alors, pendant qu'un aide maintient avec ses mains un des côtés de la tumeur, le praticien explore la partie opposée. Le liquide ne pouvant plus fuir, la réductibilité disparaît en même temps.

Enfin, à la simple observation de la tumeur, on peut constater qu'elle suit, au thorax, les mouvements transmis par l'inspiration et l'expiration. Ce dernier caractère nous aidera à faire le diagnostic différentiel avec la hernie congénitale du poumon.

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes séreux congénitaux du thorax se fonde, comme celui des kystes séreux en général, sur l'origine congénitale et sur les caractères cliniques que nous avons décrits dans le chapitre précédent. Pour éviter les redites, nous nous contenterons de signaler les principaux éléments du diagnostic différentiel avec la hernie congénitale du poumon.

La hernie congénitale du poumon est très rare. Elle accompagne la division congénitale du sternum où l'absence de plusieurs côtes. Elle appartient à l'histoire des monstruosités.

Malgré cela, les kystes séreux congénitaux du thorax s'observant principalement sur des nouveau-nés, il est naturel de penser à la possibilité de hernie pulmonaire, l'enfant pouvant être venu au monde avec cette difformité.

La hernie pulmonaire, ou pneumocèle, est constituée par

la saillie d'une portion variable du poumon hors de la cavité thoracique. La partie herniée est logée sous les parties molles du thorax, qu'elle soulève d'une façon plus ou moins apparente. Elle forme, de la sorte, une tumeur tout à fait comparable à celle que nous présente un kyste séreux congénital.

Ajoutez à cela que le kyste pouvant présenter à faux des signes physiques en tout comparables à ceux de la hernie pulmonaire, il est facile de se laisser tromper par l'apparence. Toutefois, un examen très attentif de la tumeur peut permettre d'en reconnaître la véritable origine.

C'est ainsi que la hernie pulmonaire, dont le siège peut se trouver sur un point quelconque du thorax ou de la région sus-claviculaire, présente un volume qui peut varier de celui d'une noisette à celui des deux poings. Cette tumeur est molle comme le parenchyme pulmonaire, crépitante comme lui lorsqu'on la presse ; comme lui, sonore à la percussion. L'auscultation y révèle le bruit respiratoire normal. La hernie du poumon se réduit plus ou moins complètement pour reparaître ensuite avec une variété variable. L'issue s'accompagne parfois d'un bruissement particulier, perceptible à distance.

Les modifications de volume qu'elle présente sous l'influence des actes respiratoires constituent un de ses caractères les plus importants.

Tandis que la tumeur formée par un kyste congénital suit régulièrement les mouvements qui lui sont transmis par l'inspiration et l'expiration, sans que son volume soit modifié, la hernie diminue de volume dans l'inspiration, se gonfle dans l'expiration. La raison en est facile à donner : la tumeur kystique, étant extra-thoracique,

n'est soumise qu'aux mouvements respiratoires qui lui sont transmis par le thorax. La hernie pulmonaire, au contraire, à la fois intra et extra-thoracique, se comporte comme une vessie élastique en communication avec l'arbre bronchique. Au moment de l'inspiration, le poumon, dilaté, appelle mécaniquement à la fois l'air extérieur par la trachée et l'air contenu dans la partie herniée par le rameau bronchique correspondant. Dans l'expiration, le phénomène inverse se produit : l'air est chassé dans la hernie comme il l'est à l'extérieur.

Sous l'influence de l'effort, par le même motif, la hernie se gonfle tout d'un coup ; la palpation perçoit mieux encore que la vue l'impulsion brusque qui en résulte.

Ces caractères différentiels, qui paraissent pourtant si nets, sont souvent masqués par le volume énorme que peut acquérir un kyste séreux de la paroi thoracique. L'observation suivante, de M. Lannelongue, montre combien il faut être prudent pour se prononcer sur l'origine et la nature des tumeurs du thorax.

Observation V

(Lannelongue)

Kyste séreux congénital du thorax et du cou d'un volume énorme

En janvier 1883, on me présente à l'hôpital Trousseau une petite fille âgée de quatre mois qui porte une des tumeurs les plus volumineuses que j'aie jamais vues, proportionnellement au corps de l'enfant. La mère, se trouvant dans une situation assez aisée, l'avait déjà fait voir à quelques médecins et elle m'apportait le diagnostic de hernie congénitale de tout le poumon droit, ou d'ectopie pulmonaire, comme étant celui qui avait été formulé.

Au premier abord, en effet, on pouvait croire à une absence à peu près complète des côtes du même côté, car la tumeur recouvrant ces organes empêchait de les reconnaître. De plus, la tumeur présentant une mollesse extrême fuyait en partie là où on la comprimait, comme une tumeur très réductible. Je procédai, dès lors, à la recherche des caractères propres à une hernie pulmonaire. Or, d'une part, la percussion révélait une matité absolue dans toute la masse de la tumeur ; et, d'autre part, l'auscultation n'y faisait découvrir aucun bruit ; il y avait absence complète du murmure vésiculaire de ce côté de la poitrine. Cette double constatation était plus que suffisante pour éloigner toute pensée d'ectopie pulmonaire.

Les divers caractères de la tumeur furent donc recherchés avec soin pour arriver à un diagnostic précis. Voici quelle était la physionomie clinique de la petite malade.

Vue par devant, la tumeur occupe toute la partie latérale droite du cou jusqu'à la mâchoire inférieure et elle remonte en arrière de l'oreille pour s'appliquer contre le crâne. De là, elle descend sur le thorax et recouvre, à partir du sternum, toute la paroi antérieure et latérale du côté droit ; elle suit dans son développement le bord des fausses côtes qu'elle recouvre et qu'elle empêche de reconnaître ; elle descend ainsi sur l'abdomen. Sa masse, qui se prolonge du côté de l'aisselle, éloigne entièrement le bras du tronc, et cet organe trouve une gouttière sur le kyste pour le recevoir. En arrière, la tumeur recouvre aussi toute la paroi postérieure du thorax ; elle s'engage sous l'omoplate, qui est soulevé par elle, et vient enfin proéminer au-dessus de cet os sur la région latérale du cou. Le bras et l'omoplate, écartés du tronc, reposent sur elle comme sur un coussin.

Malgré cet énorme volume, la tumeur est limitée par des contours saillants et arrondis. La peau qui la recouvre n'offre aucune altération spéciale : elle n'est amincie en aucun point d'une manière particulière et n'a subi qu'une distension proportionnée au volume de la masse morbide. Elle laisse voir par transparence quelques rares veines sous-cutanées un peu développées, qui se dessinent sur la région antérieure principalement. Enfin, la peau glisse partout au-devant de la tumeur.

Le toucher fournit des indications importantes. En prenant avec la main les grands lobes qui se dessinent à la surface de la tumeur, on a la sensation d'une masse extrêmement molle, se réduisant comme une éponge fine, pleine d'eau, qu'on exprimerait doucement. Tout d'abord, on n'aperçoit pas ce que devient le contenu ; ce n'est qu'en examinant l'enfant du côté opposé à celui sur lequel on exerce la compression, c'est-à-dire en arrière si l'on comprime en avant, qu'on voit la tumeur se tendre et soulever l'omoplate, ou bien augmenter de volume dans la région cervicale. On peut, d'ailleurs, avec le concours des mains d'un aide, empêcher le contenu de fuir ou bien lui imprimer une direction déterminée. On arrive par ce dernier procédé à découvrir dans la tumeur des parties fluctuantes et pleines d'un liquide qui doit être assez fluide. En outre, sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant, le volume de la tumeur ne change pas ; la mère l'avait observé et nous le constatons également. Donc la compression n'amène pas la réduction de la tumeur, en ce sens qu'on ne fait pénétrer aucune portion du contenu, soit dans une cavité du tronc, soit dans l'appareil circulatoire ; on déplace seulement le contenu dans

la tumeur en produisant une tension supérieure dans les régions où arrive le liquide.

De plus, par des pressions répétées en des points différents, on éprouve une résistance variable due à des poches qui, probablement, ne se vident pas, et, d'un autre côté, la main a la sensation de la résistance des parois de quelques loges. Enfin, la compression exercée assez longtemps permet d'atteindre, en certains points, les côtes, ce qui suffit pour montrer que le squelette est intact et complet.

Nulle part, la tumeur ne paraît offrir de sensibilité quelconque.

Les mouvements du membre supérieur sont très faciles, et l'enfant les exécute tous aisément, à l'exception de l'adduction, qui est très gênée par la présence de la tumeur. Rappelons que l'omoplate est rejeté sous la peau par la tumeur et que celle-ci s'engage sous sa face interne pour se développer en arrière, en haut et en bas, c'est-à-dire tout autour de cet os, qui repose sur elle. La région scapulaire est d'ailleurs le seul point où la tumeur ne soit pas sous-cutanée.

En résumé : tumeur sous-cutanée, dépressible et formée d'une multitude de loges qui communiquent les unes avec les autres, au moins pour un certain nombre d'entre elles, mais non réductible dans le sens que l'on donne à ce mot. La consistance est celle des tumeurs kystiques congénitales.

Depuis la naissance, la tumeur a acquis un développement un peu plus considérable, mais elle était déjà volumineuse à la naissance ; l'accouchement fut difficile et nécessita l'application du forceps.

Pronostic. — Le pronostic des kystes séreux congé-

nitaux du thorax est assez bénin. Nous n'avons noté aucun cas de mort dans les observations que nous avons pu réunir.

Cependant, il est bon de faire ressortir que, malgré leur bénignité, l'intervention chirurgicale est nécessaire.

Les kystes séreux n'ont, en effet, aucune tendance à regresser. Mais si leur présence ne compromet pas la vie de l'enfant, il n'est pas moins certain que le développement progressif de la tumeur peut amener des troubles locaux profonds, en même temps que des troubles sensitifs et vasculaires du côté des membres supérieurs.

Les kystes du thorax constituent donc une affection, qui, sans mettre directement en danger la vie du malade, nécessitent une intervention précoce et radicale.

Traitement. — Nous avons déjà parlé des diverses méthodes employées dans le traitement des kystes séreux congénitaux. Pour ne pas nous répéter, nous reprendrons seulement les deux grands moyens de choix qui ont paru donner les meilleurs résultats, et nous en donnerons les avantages et les inconvénients.

Ces deux grands moyens de choix sont la ponction, suivie d'une injection iodée, et l'extirpation de la poche.

La ponction simple ne constitue à elle seule qu'un moyen palliatif, elle devra donc, pour atteindre son but curatif, être suivie d'une injection modificatrice.

Parmi les liquides modificateurs: les solutions iodées sont les plus employées. Mais on peut leur substituer d'autres liquides, par exemple, le chlorure de zinc à 3 p. 0/0. Ces injections, plus ou moins irritantes, ne sont pas toujours inoffensives; elles déterminent parfois des accidents inflammatoires, des suppurations.

L'extirpation, de tous les moyens proposés, paraît le préférable, si l'on s'en rapporte surtout aux résultats obtenus. Mais cette opération présente des réels dangers. En effet, les connexions de la tumeur avec les gros vaisseaux de l'aisselle, dans le cas de kyste du thorax, peuvent faire redouter une hémorragie grave. Bien plus, lorsque la tumeur envoie des prolongements multiples dans diverses régions profondes, l'opération n'est plus alors praticable.

Ces accidents immédiats de l'opération ne sont pas les seuls, car il faut toujours compter avec les dangers consécutifs, qui résultent d'une large plaie chez un jeune sujet, les suppurations longues et les complications fréquemment signalées d'érisypèle et de fusées purulentes.

Toutefois, grâce aux pansements antiseptiques, la gravité de ces complications est devenue moins redoutable. De par ailleurs, l'usage du thermocautère a fait disparaître le danger des hémorragies.

« Néanmoins, la dissection au bistouri paraît préférable parce qu'elle permet d'atteindre plus sûrement les prolongements kystiques, les cavités isolées de la masse principale, en un mot, de faire la toilette de la région envahie ».

Lorsque la minceur des parois et leur adhérence intime aux organes envahis rendent la dissection longue et pénible, le chirurgien, malgré son habileté, ne peut éviter d'ouvrir un grand nombre de poches ; il doit alors abandonner le bistouri et chercher à énucléer la masse kystique avec les doigts ou avec une spatule. Si, malgré cela, il ne peut arriver à arracher tous les lambeaux provenant de la déchirure des poches kystiques, il pourra, à l'aide d'un tampon imbibé d'une solution caustique, procéder

à un nettoyage sérieux des parois. Par ce procédé, il est permis de compter sur une inflammation secondaire, suppurative ou non, amenant la destruction des parcelles de poches respectées.

Autant que possible, l'extirpation ne doit être pratiquée que sur des sujets bien constitués, c'est-à-dire en état de supporter le traumatisme opératoire, la perte sanguine et de faire ensuite les frais de la réparation de leur plaie. On ne doit pas intervenir dans les premiers jours qui suivent la naissance. Il faut au moins attendre un an.

OBSERVATIONS

Observation VI

(Clinique chirurgicale des enfants.— Professeur Estor)
Kyste séreux congénital du thorax

Léonce Rey, âgé de 1 mois, domicilié à Graissessac, venu à la consultation gratuite le 25 juin 1900.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé. L'accouchement a été normal ; l'enfant, nourri par sa mère, est en très bon état.

Etat actuel le 25 juin 1900. — Nous trouvons sur la partie latérale droite du thorax une tumeur ayant le volume d'une grosse pomme, d'aspect lobulé et sillonnée à sa surface de grosses veines. Cette tumeur paraît grossir pendant les pleurs. Elle est hémisphérique ; arrive en avant jusqu'au mamelon, en arrière jusqu'au bord axillaire de l'omoplate ; pénètre en haut dans le creux de l'aisselle et descend jusqu'à 2 centimètres au-dessous de la ligne passant par les deux mamelons.

Cette tumeur est irréductible, transparente, et donne à la ponction, avec une seringue de Roux, un liquide couleur de café léger, qui, par le repos, se divise en deux parties : une portion jaune orangé, qui est coagulée, et une portion séreuse jaune-citron.

Diagnostic. — Kyste séreux congénital.

L'enfant étant trop jeune pour être opéré, on conseille aux parents d'attendre.

Le 20 octobre 1900. — Le kyste a un peu diminué.

Observation VII

(Lannelongue)

Kyste séreux congénital de la région sous-axillaire. — Extirpation. — Guérison.— Kystes multiples à contenu varié

Emile Géneau, âgé de 3 ans. entre, le 7 mars 1882, à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 17.

Le mère nous raconte que cet enfant, lorsqu'il revint de nourrice, à l'âge de 2 ans, présentait, sous l'aisselle gauche, un gonflement du volume d'une noix ; ce gonflement a augmenté depuis et pris les proportions qu'on lui trouve aujourd'hui.

Etat actuel. — Sur la partie latérale gauche du thorax, entre le bord antérieur du muscle grand pectoral et le bord axillaire de l'omoplate, il existe une tumeur du volume d'un gros œuf. Cette tumeur s'applique sur la paroi thoracique et présente des bosselures arrondies ; on en distingue quatre principales.

Au toucher, sa consistance est très molle. On cherche en vain à saisir la tumeur ; elle fuit comme une tumeur réductible. Mais si on la fixe dans les régions sous lesquelles elle s'engage, on arrive aisément à se convaincre qu'elle n'est pas réductible ; en effet, elle s'engage en haut sous le grand pectoral du côté de la clavicule et en arrière dans la fosse sous-scapulaire. Si on l'a fixe de tous côtés, elle reste avec sa forme et son volume dans la région qu'elle occupe. Elle n'est donc pas réductible ; ce point est d'autant plus important qu'au premier abord, on a

la sensation d'une tumeur érectile ; mais, d'une part, l'irréductibilité, d'autre part, l'absence de taches vasculaires et de réseaux veineux soit à la surface, soit à la périphérie, montrent que ce n'est pas une tumeur érectile. La tumeur est absolument indépendante de la peau. Elle donne au toucher la sensation d'une éponge très fine, et quand l'omoplate et le grand pectoral sont fixés, elle est rénitente. Ajoutons, enfin, que la surface de la tumeur présente une teinte bleuâtre. Le diagnostic ne laisse donc pas de doute ; c'est un kyste séreux multiloculaire.

Opération, 10 mars. — La tumeur est extirpée facilement en entier.

Il n'y a eu qu'une très minime perte de sang. La guérison a été obtenue en quelques jours.

Examen de la tumeur. — Elle se compose d'un nombre considérable de poches ; les plus grosses communiquent entre elles et présentent sur leurs parois des cloisons incomplètes de poches secondaires. La forme des poches secondaires est celle de boyaux allongés, cylindriques, essentiellement irréguliers ; les cloisons de séparation sont, en général, minces. Sur les parois des loges principales, on voit des pelotons graisseux, proéminant dans les cavités et des épaississements fibreux au niveau de l'intersection des parois.

Le liquide contenu est très variable ; il est clair et séreux dans les loges petites et indépendantes ; dans les autres, il est rouge et sanguinolent et, dans quelques-unes, épais et de couleur chocolat foncé. L'opacité du contenu des loges principales rend bien compte du défaut de transparence de la tumeur. Le liquide présentait, au microscope, de nombreux leucocytes.

Observation VIII

(Lannelongue)

Kyste séreux congénital de la paroi thoracique. — Extirpation ; guérison. — Examen histologique.

Hélène Paujot, âgée de 8 mois 1/2, nous est présentée à l'hôpital Trousseau en avril 1885.

Les parents sont bien portants ; ils ont une autre fille de 21 mois en bonne santé. Pour la dernière enfant, la grossesse a été régulière pendant toute sa durée ; l'accouchement se fit à terme.

Cette enfant porte sous l'aisselle gauche une tumeur très probablement congénitale, mais remarquée seulement par la mère depuis une dizaine de jours. Elle est allongée transversalement sur la paroi gauche du thorax, à 2 centimètres environ au-dessous du creux axillaire ; ses dimensions sont de 6 à 8 centimètres de long, sur 5 de haut. Elle est parfaitement mobile sur les parties profondes et la peau glisse facilement sur elle. Elle est lobulée ; sa consistance est molle ; en avant, on y sent des petits grains kystiques résistants ; en arrière, la mollesse est plus uniforme et la tumeur présente la consistance du lipome. La pression sur la tumeur est tout à fait indolente. On remarque que la peau qui la recouvre offre, lorsque on la regarde obliquement, un reflet bleuâtre.

Sur le reste du corps, l'enfant ne présente à noter qu'une petite tache colorée sur la tête, qui fut remarquée deux ou trois jours après la naissance. Cette tache siège du côté droit, à l'union du temporal et de l'occipital, sur le milieu d'une ligne allant de l'occiput à l'oreille. Elle a les dimen-

sions d'une pièce de 50 centimes ; sa surface ne forme aucun relief ni aucune dépression ; elle est exactement de niveau avec les parties voisines du cuir chevelu. La peau, sur cette tache, a une teinte foncée, d'un rouge cuivré ; elle semble amincie et son aspect rappelle celui d'une cicatrice de brûlure. Elle est complètement dépourvue de poils ; mais elle offre de fines aspérités, semblables à celles que forment sur toute la surface du cuir chevelu les follicules pilo-sébacés.

Cette enfant nous est ramenée à l'âge de 11 mois ; la tumeur a les mêmes caractères que précédemment ; elle a seulement un peu augmenté de volume ; ses dimensions n'atteignent pas celles du poing.

Opération le 12 *juin* 1885. — Incision sur le grand axe de la tumeur et dissection de celle-ci. Drainage. Pansement antiseptique. Guérison lente, entravée par le développement d'exsudats diphtéroïdes sur la plaie. Suppuration assez abondante.

L'enfant est revenue 4 mois après l'opération ; il reste une cicatrice déprimée et étoilée.

Examen de la tumeur. — Elle est formée par une masse polykystique, d'apparence spongieuse. Les cavités sont assez petites et leur volume ne dépasse guère celui d'un gros pois. Elles renferment, en général, un liquide citrin, transparent. Leur surface interne forme une sorte de trame réticulée ; elle est lisse, brillante et d'aspect séreux. Les cloisons qui séparent les loges kystiques sont très minces et transparentes. La tumeur présente, tant à sa surface que dans son intérieur, une grande quantité de graisse. Elle était, d'ailleurs, tout entière dans le tissu adipeux sous-cutané et n'avait pas envahi les muscles sous-jacents.

Examen histologique. — Les parois kystiques, soumises à l'imprégnation au nitrate d'argent, montrent un revêtement endothélial comparable à celui des séreuses ; les cellules endothéliales n'offrent pas de contours dentelés en jeu de patience ; leur forme est, d'ailleurs, assez variable et, en certains points, elles sont allongées et comme étirées, ce qui résulte sans doute d'une action mécanique : car c'est principalement au voisinage des plis de la paroi, aux points où la membrane était mal tendue, que s'observe cette disposition.

Les coupes, faites sur des fragments durcis dans la liqueur de Müller, montrent des cavités kystiques nombreuses, de forme irrégulière et de dimensions variables. Elles présentent par places un revêtement endothélial qui, sur un grand nombre d'autres points, est desquamé.

Les loges kystiques contiennent souvent dans leur intérieur du sang en quantité variable. En bien des points, c'est dans les culs-de-sac de ces cavités que se voient des globules rouges. L'abondance de ces derniers fait qu'il est parfois impossible de décider si l'on est en présence d'un sinus sanguin ou d'une cavité kystique. Le stroma de la tumeur est formé de tissu conjonctif contenant une grande quantité de fibres élastiques. Le tissu adipeux s'y trouve en abondance et, pour cette raison, les coupes faites dans les parties traitées par l'acide osmique sont moins favorables que les autres.

Les fibres musculaires lisses sont abondantes dans la tumeur.

Dans les parois d'un grand nombre de loges kystiques, elles constituent des faisceaux bien nets se présentant

tantôt de profil, tantôt coupés en travers ou plus ou moins obliquement. Leur direction n'est pas très régulière ; toutefois, sur un certain nombre de loges, ces faisceaux forment dans les parois une couche continue dans laquelle la direction générale des fibres est assez uniforme. Les faisceaux musculaires se rencontrent aussi dans l'épaisseur du tissu conjonctif, disséminés sans ordre apparent; toutefois, on ne peut savoir s'ils sont simplement dispersés dans la tumeur ou s'ils dépendent d'une paroi kystique voisine de la surface de la coupe. La richesse des parois kystiques en fibres musculaires lisses est, d'ailleurs, très inégale ; si quelques-unes ont une véritable enveloppe musculaire, il en est d'autres qui en sont absolument dépourvues, et, lorsque la section est peu étendue, il est impossible de dire s'il s'agit d'une fente lymphatique ou d'une cavité kystique, d'autant plus que ces cavités sont parfois réduites, par suite de l'accolement de leurs parois, à de simples fentes.

Les vaisseaux sont abondants dans la tumeur ; souvent ils sont très superficiels et peu distants de la lumière des cavités. On ne trouve pas de cavités remplies de leucocytes. Les coupes montrent quelques filets nerveux.

Les parois des loges offrent des contours très irréguliers ; elles présentent des saillies, des enfoncements et des bourgeons papillaires qui proéminent dans la lumière des kystes et répondent à la coupe des cloisons incomplètes qu'on observe à leur surface interne ; ce sont quelquefois de véritables végétations pédiculées qui contiennent de petits vaisseaux. Ces végétations procèdent uniquement de la paroi interne des loges kystiques, et la couche musculaire, lorsqu'elle existe, ne prend aucune part à leur structure.

Observation IX

Collis. — Removal of large cystic growth from tithe axilla (*British medical Journal*, 1868).

Un enfant âgé de 2 ans et demi fut amené à l'hôpital, souffrant d'une tumeur assez volumineuse, développée depuis six mois dans l'aisselle gauche. Elle était du volume d'une belle orange. Elle avait été ponctionnée deux fois : la première, il était sorti un liquide transparent ; la seconde, un liquide séro-sanguinolent. La compression avait empêché l'extension et diminué la douleur. La tumeur était vaguement fluctuante, recouverte de veines bleues. L'enfant était pâle, mais dans de bonnes conditions, et très intelligent.

La tumeur fut enlevée par une incision faite à la base de l'aisselle. Elle était formée d'un amas de petits kystes, mais on ne voyait pas comment ils avaient pu se former. Ils ne paraissaient pas être en rapport direct avec les grandes loges contenues dans l'aisselle. La tumeur envoyait sous le grand pectoral un prolongement qu'on ne put déloger qu'avec peine.

L'enfant supporte bien l'opération, le chloroforme étant judicieusement donné par M. Wharton, en l'absence du professeur Macmamara. L'enfant va bien.

Observation X

Adams. — Case of extra thoracic cyst. (Lancet, London, Clinical Records, March 27, 1858).

Une jeune fille fut admise à London-Hôpital pour un kyste du volume d'une orange datant de plusieurs années

et situé à peu près à la partie externe de l'angle inférieur de l'omoplate.

Il fut enlevé sous chloroforme par M. Adams, le 4 décembre. Dès le début de l'opération, la poche fut ouverte et le contenu s'échappa. Il fallut beaucoup de patience et de soin pour disséquer la fine membrane fermant le kyste. L'opération, à un moment donné, parut très grave, car, à une courte distance de la malade, le kyste paraissait sortir d'un des espaces intercostaux, tellement les rapports étaient profonds. Cependant, il put être enlevé complètement et la jeune fille est très bien guérie.

Nous ne connaissons pas d'exemple de kyste intra et en partie extra-thoracique qui se soit présenté dans nos hôpitaux ; s'il y en avait un, nous serions heureux de l'apprendre.

Heureusement pour la malade de M. Adams, le kyste était seulement extra-thoracique. Il est possible qu'il eût pu devenir intra-thoracique par la suite, si on l'avait laissé s'accroître.

Observation XI

Kyste séreux congénital de la région interscapulaire. — Extirpation. — Guérison.— Examen histologique. — Kystes en voie de disparition.

Jules Crépieux, âgé de 7 ans, est amené, le 14 mars 1883, à l'hôpital Trousseau.

Le père, âgé de 28 ans, se porte bien ; il n'offre aucun signe de tuberculose, ni de syphilis, et n'a pas de vice de conformation.

La mère, âgée de 27 ans, est également d'une bonne santé et vigoureuse ; elle ne présente aucun vice de con-

formation. Elle a eu quatre enfants, et n'a pas fait de fausses couches.

Le premier enfant a 7 ans ; c'est celui qu'elle nous présente. Le second et le troisième sont morts du croup ; l'un à 3 mois, l'autre à 1 mois ; ils ne présentaient aucun vice de conformation. Le quatrième, âgé de 11 mois, est vigoureux et bien conformé.

L'enfant qu'on nous amène n'avait sur le corps, à sa naissance, aucune tache, aucune cicatrice, aucune malformation, sauf une petite tumeur allongée, située entre les deux épaules ; elle avait, à peu près, le volume d'une cerise ; elle présentait une teinte violacée ; ses parois étaient minces, et elle contenait manifestement du liquide. On perça cette petite poche et, il s'écoula, d'après le récit de la mère, un liquide clair, limpide, semblable à de l'eau.

Actuellement, la tumeur, située au niveau des premières et deuxièmes vertèbres dorsales, a le volume d'une grosse noix. On remarque à sa surface de très petites ulcérations en suppuration et datant seulement de huit jours. Sa consistance est ferme, avec quelques points ramollis. Elle ne paraît pas pédiculée, et n'a aucune connexion avec le canal rachidien ; tout autour, on voit une poussée d'acné.

Extirpation, le 15 mars 1883. — Une coupe verticale de la tumeur montre une cavité centrale du volume d'un gros pois, tapissée par une membrane mince et résistante. Du côté de la peau, le tissu est très vasculaire et comme lardacé. Une autre coupe montre une seconde cavité indépendante, remplie d'un liquide jaunâtre et séreux. La tumeur reposait sur un plexus veineux érectile. Elle adhérait, d'autre part, à la peau.

Examen histologique, par Vignal. — Autour des grandes cavités, il existe un tissu conjonctif dense, lardacé, infiltré de graisse et ayant plusieurs millimètres d'épaisseur. Au sein de ce tissu, se voient, en grand nombre, de petites cavités d'anciens kystes ; les unes sont déjà remplies et perdues dans ce tissu, qui les a comblées ; le revêtement épithélial y a disparu ; d'autres, là où la transformation lardacée est moins avancée, persistent encore ; leur épithélium est visible et consiste en un endothélium plat. Enfin, d'autres cavités périphériques ne sont plus entourées de tissu lardacé, mais de tissu conjonctif ordinaire ; elles sont encore à l'état stationnaire ; elles ne sont plus en voie de développement, car on n'y trouve pas les traînées épithéliales qui indiquent un développement continu.

Les vaisseaux sont très développés dans cette tumeur ; ils sont sanguins et lymphatiques ; ces derniers forment des espaces très évidents.

La tumeur contient aussi beaucoup de fibres musculaires.

Observation XII

Kyste des parois thoraciques. Seure. — *Gazette des Hôpitaux.*

M. Bardant Mayeur, marchand épicier à Sueppes (Marne), 62 ans, d'une constitution robuste, est affligé depuis son enfance de ganglites tuberculeuses, qui se manifestent chaque année au retour du printemps, dans l'une des parties du corps où se trouvent des ganglions lymphatiques. Au mois de février dernier, tandis que les ganglions de la partie latérale gauche et inférieure du col commençaient à suppurer, M. Bardant s'aperçut qu'il

portait à la partie antérieure, à droite de la poitrine, une petite tumeur olivaire, grosse comme une noisette, et placée à une égale distance du mamelon et de la clavicule du côté droit. Pensant que c'était une ganglite de la nature de tant d'autres qu'il avait eues jusqu'alors, le malade la garde pendant plus de deux mois sans en parler à personne.

Cependant, elle augmentait sensiblement de volume, sans revêtir les caractères propres aux affections scrofuleuses.

M. Bardant me la fit voir vers le milieu du mois d'avril. Alors, elle avait acquis la grosseur d'un œuf de poule ; elle était arrondie, tout à fait indolente, sans changement de couleur à la peau. La fluctuation y était assez abondante. Elle était située entre les téguments et les muscles du thorax. Elle ne présentait aucun battement spécial.

Les frictions avec la pommade d'hydride de potasse furent employées sans aucun bénéfice pendant six semaines. Loin de diminuer sous l'influence de cette médication, le volume de la tumeur augmente considérablement, au point qu'elle n'avait pas moins de 4 pouces de diamètre dans tous les sens, dans les premiers jours de juin.

A ce moyen, succéda immédiatement l'emploi d'un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, pendant l'application duquel les progrès du kyste parurent suspendus.

Vers la fin de juin, il augmenta de nouveau en largeur et en élévation ; cet accroissement se fit surtout du côté du sternum, vers lequel la tumeur envoyait un prolongement transversal long d'un pouce, large de six lignes, et présentant à son origine une sorte d'étranglement qui donnait au kyste la forme exacte d'une gourde.

Convaincu de l'impuissance de tous les agents médica-

menteux sur ce genre de maladie, je proposai de traverser la tumeur par un séton qui serait dirigé de bas en haut. Croyant qu'il s'agissait d'une opération très grave, M. Bardant me demanda quelques jours de réflexion. Nous étions alors arrivés au milieu du mois de juillet ; la peau qui recouvrait l'espèce d'appendice dont je viens de parler paraissait fort amincie, sans pourtant qu'elle eût changé de couleur.

Cependant l'opération fut fixée au 18 juillet. Au jour dit, je me rendis chez le malade, muni des instruments dont on se sert en pareille circonstance. Quelle fut ma surprise, en arrivant, lorsque je détournai les vêtements pour faire un dernier examen de la tumeur, de voir qu'elle avait entièrement disparu ! J'appris que, le matin même, tandis que M. Bardant pressait entre ses doigts la petite portion du kyste ; la peau s'était rompue avec bruit, et qu'aussitôt un liquide d'abord clair, puis jaunâtre, s'était écoulé par un jet continu ; la quantité de liquide écoulé fut estimée à plus d'un demi-litre.

Lors de ma visite, l'écoulement avait entièrement cessé, les téguments étaient rapprochés des muscles pectoraux et il ne restait d'autres traces de la tumeur qu'une grande mobilité de la paroi postérieure, et, de plus, l'ouverture par laquelle elle s'était vidée.

Cette ouverture fut entretenue pendant quelque temps au moyen d'une petite tente de charpie, pour donner issue au peu de sérosité qui serait ultérieurement exhalée. En même temps, un bandage compressif fut appliqué sur le siège de la tumeur enkystée, dans le but de donner lieu à une influence adhésive de ses parois.

Aujourd'hui, cette adhésion est des plus intimes et me paraît devoir s'opposer pour toujours au retour de l'hydrocèle.

Observation XIII

Thése Giovannoni. Paris, 1892.

Kyste séreux congénital du creux sus-claviculaire. (Communiqué par le Dr Broca à la Société anatomique.)

M. Broca a extirpé, en 1890, avec succès, un kyste séreux congénital, occupant, chez un enfant de 5 ans, le creux sus-claviculaire. La tumeur avait été prise, en province, pour une masse ganglionnaire, erreur de diagnostic souvent commise, et comme telle avait été ponctionnée au bistouri, d'où des incidents inflammatoires, d'ailleurs fort modérés. La tumeur, extérieurement, était peu volumineuse, semblait grosse comme une forte noix, mais elle envoyait dans le sterno-cléïdo-mastoïdien un prolongement qui adhérait aux vaisseaux carotidiens, et un autre prolongement qui descendait entre l'omoplate et la cage thoracique. En outre, il fallut une dissection attentive des nerfs du plexus brachial, et de l'artère sous-clavière. La réunion immédiate a été obtenue sous un seul pansement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Th. Anger. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 22 février 1882, t. VIII, p. 136.

Adams. — Case of extra thoracic cyst. *Lancet*, London, 1858, I, 315.

Bulletin de la Société anatomique.

Broca. — Traité des tumeurs, t. II.

E. Bouchut — Traité pratique des maladies du nouveau-né, 7e édit., Paris, 1818, p. 889.

Cruveilhier. — Traité d'anatomie pathologique, t. III, p. 494.

Collis. — Removal of. large cystic growth from tithe axilla (*British medical Journal*, 1868).

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. IX, p. 249. Article *Séreux*. Ch. Rolin et O Cadiat, et t. XXI, 1877.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, nouvelle édition, t. I.

Dolbeau. — Art. *Aisselle* du Dict. Dechambre.

Guersant, Warmont et Verneuil. — Sur les kystes développés dans les tumeurs érectiles veineuses enflammées. *Gaz. hedom.*, 1er juin 1885, p. 398.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux. Paris 1886.

Lannelongue et Ménard. — Affections congénitales. Paris 1891.

Morel-Lavallée. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 23 nov. 1859.

Peyrot J.-J. — Manuel de Pathologie externe, t. III, page 270.

Pilate, d'Orléans. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 18 déc. 1878, t. IV page 815.

Revue mensuelle des maladies de l'enfance.

Revue d'Orthopédie.

Seure. — Kyste des parois thoraciques. *Gazette des Hôpitaux*, 1875.

Thèse de P. Boucher. Paris, 1868. — Kystes séreux congénitaux du cou.

Thèse François Hu. Lille 1897. — Kystes séreux congénitaux de l'aisselle.

Virchow. — Pathologie des tumeurs. Edit. française, t. IV, 1er fascicule.

Kirmisson. — Art. *Kyste* du Dict. Dechambre.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 18 janvier 1901.

Le Recteur,
Ant. BENOIT.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 18 janvier 1901.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !